



DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

AGING AND DISABILITY SERVICES DIVISION
Helping people. It's who we are and what we do.



Septiembre 3, 2021

Form Release Memo (FRM) - CBC Program Application

Propósito:

Este formulario captura la información necesaria para procesar una consulta relacionada con los siguientes programas: Community Options Program for the Elderly (COPE), Personal Assistance Services (PAS), the Home and Community Based Services (HCBS) Waiver for the Frail Elderly (FE) or the HCBS Waiver for Persons with Physical Disabilities (PD).

Nota: Esta solicitud reemplaza el formulario referido 102-R. El formulario CBC-102 R paso a ser obsoleto desde el 1ro. de abril del 2021.

Requisitos:

1. Se requiere esta solicitud para todos los solicitantes que pidan una evaluación para los programas COPE, PAS, HCBS FE Waiver or HCBS PD Waiver.
2. Se requiere verificar todos los ingresos y recursos.
3. Esta solicitud puede ser enviada a cualquier oficina de Aging and Disability Services Division (ADSD) a través de los siguientes métodos:
 - a. En persona
 - b. Por correo postal
 - c. Fax
 - d. Por correo electrónico
4. La información de contacto para cualquier oficina se puede encontrar en la pagina web de ADSD:
http://adsd.nv.gov/Contact/Contact_AgingDisability/

Instrucciones generales para completar la solicitud

Selección del programa: Marque la (s) casilla (s) del programa solicitado

- Información adicional para cada programa puede ser encontrado en los siguientes enlaces:
 - Personal Assistance Services (PAS)
http://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/PersAsstSvc/PAS_Prog/
 - Community Service Options Program for the Elderly (COPE)
http://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/COPE/COPE_Prog/
 - Home and Community Based Services (HCBS) Waiver for the Frail Elderly (FE)
[http://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/HCBS_\(FE\)/HCBS_\(FE\)/](http://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/HCBS_(FE)/HCBS_(FE)/)
 - HCBS Waiver for Persons with Physical Disabilities (PD)
[http://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/PD_Waiver/Waiver_for_Person's_with_Physical_Disabilities_\(PD\)/](http://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/PD_Waiver/Waiver_for_Person's_with_Physical_Disabilities_(PD)/)

| Información Demográfica | |
|---|---|
| Nombre del solicitante (apellido, primer y segundo nombre) | Escriba el nombre del solicitante: apellido, primer y segundo nombre |
| Número del Seguro social | Escriba el número del seguro social del solicitante |
| Fecha de nacimiento | Escriba la fecha de nacimiento del solicitante |
| Lenguaje primordial del solicitante | Seleccione el lenguaje apropiado: inglés, español u otro. Si selecciono otro, escriba el lenguaje primordial del solicitante |
| Domicilio físico | Escriba el domicilio físico del solicitante |
| Número de Medicare | Escriba el número de Medicare del solicitante. Si no tiene Medicare, escriba N/A |
| Edad | Escriba la edad del solicitante |
| Sexo | Escriba el sexo del solicitante |
| Ciudad, Estado, Código Postal | Escriba la ciudad, estado, código postal del domicilio físico del solicitante |
| Estado Civil | Escriba el estado civil del solicitante: casado, divorciado, soltero, separado |
| Raza/grupo étnico | Escriba raza/ grupo étnico del solicitante |
| Domicilio postal | Escriba el domicilio postal del solicitante |
| Ciudad, Estado, Código Postal | Escriba la ciudad, estado, código postal del domicilio postal del solicitante |
| Número de teléfono | Escriba el número de teléfono del solicitante |
| Correo electrónico | Escriba el correo electrónico. Si no tiene correo electrónico escriba N/A |
| Número de teléfono secundario | Escriba el número de teléfono secundario si tiene, Si no escriba N/A |
| Persona refiriendo y relación con el solicitante | Si el solicitante es referido por otra persona, escriba el nombre y la relación con el solicitante. Si no fue referido por otra persona, escriba N/A |
| ¿Quién esta completando la solicitud? | Si el solicitante no lleno esta solicitud, escriba el nombre de la persona que lo hizo. Si fue el solicitante, escriba N/A |
| Número telefónico de la persona que lleno la solicitud | Si el solicitante no lleno esta solicitud, escriba el número de teléfono de la persona que lo hizo. Si fue el solicitante, escriba N/A |
| Situación de vivienda actual | Seleccione la opción más apropiada de la solicitud Si es otra, deberá escribir cual es. Si es una institución de cuidado medico o residencia de grupo, escribe el nombre de la entidad. |
| ¿Está el solicitante actualmente en un hospital o una institución de cuidado médico | Seleccione Si o No |
| Si la respuesta es Si, escriba el nombre completo y domicilio de la institución | Si selecciono Si, escriba el nombre y domicilio de la institución |
| Fecha prevista de alta del hospital (si es conocida): | Si el solicitante está actualmente en un hospital o una institución de cuidado médico, escriba la fecha prevista de alta. Si es desconocida, escriba N/A |
| El solicitante tiene poder legal, tutela, o tramites de apoyo en toma de decisiones | Seleccione Si o No |
| Si la respuesta es sí, escriba nombre completo, y número de teléfono | Si selecciona si, escriba el nombre completo, y número de teléfono de la persona con poder legal, guardián o persona involucrada en el acuerdo de toma de decisiones de apoyo |
| Otro Seguro médico | Escriba Si o No. Si la respuesta es sí, escriba el nombre de seguro de salud y número de póliza de seguro |

| Todas las personas que viven con el solicitante (Número de Seguro Social (SSN) y estado civil, solamente del solicitante y su esposo/a) | |
|--|---|
| Nombre | Nombre de la persona viviendo con el solicitante |
| Número de Seguro Social | Si el solicitante esta casado y vive con su esposo/a, escriba el número de seguro social del esposo/a |
| Fecha de Nacimiento | Fecha de Nacimiento de la persona viviendo con el solicitante |
| Sexo | Escriba el sexo de la persona viviendo con el solicitante |
| Estado civil | Escriba el estado civil legal de la persona que vive con el solicitante |
| Relación con el solicitante | Escriba la relación o parentesco de la persona que vive con el solicitante |

Como miembros del hogar son definidos:

El solicitante, su esposos/a, y niños menores de 18 años que viven en el hogar más del 50% del tiempo

| Ingreso – Enumere a cualquier persona del hogar, incluido el solicitante | | | |
|---|--|--|---|
| Origen | ¿Quién lo recibe? | Cantidad bruta | Frecuencia |
| Fuente del ingreso | Identifique el miembro de la familia que recibe el ingreso | Cantidad recibida antes de las deducciones | Semanal, cada 2 semanas, quincenal, mensual o anual |
| Tipos de ingresos | | | |
| Seguro Social (RSDI) | Seguro Social – ingreso por jubilación, beneficios para sobrevivientes, seguro por discapacidad, | | |
| Seguro Social (RSDI) | Seguro Social – ingreso por jubilación, beneficios para sobrevivientes, seguro por discapacidad, | | |
| Ingreso de Seguro Social Suplemental (SSI) | Seguro Social – Ingresos de seguridad suplementarios | | |
| Ingreso de Seguro Social Suplemental (SSI) | Seguro Social – Ingresos de seguridad suplementarios | | |
| Beneficios de veteranos | Ingresos recibidos a través de la Administración de Veteranos | | |
| Ingreso de trabajo | Ingresos recibidos del lugar de trabajo | | |
| Pension | Ingresos recibidos de la pension | | |
| Cuenta de retiro individual IRA/401K | Ingresos recibidos de una cuenta de retiro, IRA, o 401K. | | |
| Otro | Cualquier otra fuente de ingreso o ingresos adicionales de las fuentes mencionadas anteriormente | | |
| Otro | Cualquier otra fuente de ingreso o ingresos adicionales de las fuentes mencionadas anteriormente | | |
| Otro | Cualquier otra fuente de ingreso o ingresos adicionales de las fuentes mencionadas anteriormente | | |

| | |
|--|--|
| ¿Ha solicitado algún otro ingreso que aún no ha recibido? | Seleccione Si o No |
| ¿Si la respuesta es Si, ¿Quién estará recibiendo el beneficio? | ¿Si la respuesta es Si, Identifique al miembro de la familia que recibirá el ingreso, la fuente del ingreso, la frecuencia y cantidad de ingreso, Si es conocida |
| Fecha en que aplico | Fecha en que solicitó el ingreso adicional |

| Recursos –Anote todas sus propiedades y las propiedades compartidas | | | |
|---|---|--|--|
| Tipo de recurso | Propietarios | Fuente de recursos/compañía | Valor |
| Tipo de recursos | Identifique el propietario del recurso | Fuente/compañía donde se genera el recurso | El valor del recurso equivale al valor más bajo durante el mes |
| Tipo de recurso | | | |
| Ahorros | Cuenta con una institución financiera- El valor será el más bajo en el mes de la solicitud o en el mes anterior a la solicitud | | |
| Ahorros | Cuenta con una institución financiera- El valor será el más bajo en el mes de la solicitud o en el mes anterior a la solicitud | | |
| Cuenta de cheques | Cuenta con una institución financiera- El valor será el más bajo en el mes de la solicitud o en el mes anterior a la solicitud | | |
| Cuenta de cheques | Cuenta con una institución financiera- El valor será el más bajo en el mes de la solicitud o en el mes anterior a la solicitud | | |
| Fondos en Custodia Accesible | Un documento legal que puede identificar los ingresos y recursos de un individuo o familia. Se requiere entregar el documento completo a ADSD para ser revisado | | |
| Bonos de Ahorro | Cuenta con una institución financiera- El valor será el más bajo en el mes de la solicitud o en el mes anterior a la solicitud | | |
| Caja Fuerte | Puede contener copias de hechos, pólizas de seguro, dinero y otros recursos contables. Se requiere la verificación y revisión de su contenido durante el proceso de solicitud | | |
| Cuenta de Retiro Individual IRA | Cuenta de retiro individual | | |
| Cuenta Keogh (401K) | Cuenta de retiro 401k | | |
| Fondos/plan para entierro | Seguro comprado para cubrir los costos de entierro después del fallecimiento | | |
| Poliza de Seguro de Vida | Seguro comprado para apoyar a los sobrevivientes después del fallecimiento. Puede ser un término de vida o un plan completo de vida | | |
| Dinero en efectivo | Efectivo que el solicitante tiene en el momento de la solicitud | | |
| Vehículo | Vehículo registrado a nombre del solicitante/esposo(a) | | |
| Vehículo | Vehículo registrado a nombre del solicitante/esposo(a) | | |
| Vehículo | Vehículo registrado a nombre del solicitante/esposo(a) | | |
| Otro | Otros recursos no mencionados anteriormente | | |
| Otro | Otros recursos no mencionados anteriormente | | |
| Ha transferido el solicitante dentro de los 60 meses de la fecha de esta solicitud, desinvertido o transferido sus activos en un intento de calificar para los servicios del programa para el que están solicitando | | Anote Si o No | |

| Gastos medicos– Solamente Personal Assistance Services (PAS) Incluya los gastos pagados unicamente por el solicitante | | | |
|--|--|------------------------------------|----------------------------|
| Gastos médicos | Compañía de origen | Cantidad pagada | Frecuencia de pagos |
| Recetas médicas | Donde se surten las recetas | Cantidad pagada por el solicitante | Frecuencia de pago |
| Seguro médico | Compañía de seguros | Cantidad pagada por el solicitante | Frecuencia de pago |
| Otro | otros gastos médicos incurridos y pagados por el solicitante | Cantidad pagada por el solicitante | Frecuencia de pago |
| Otro | otros gastos médicos incurridos y pagados por el solicitante | Cantidad pagada por el solicitante | Frecuencia de pago |
| Otro | otros gastos médicos incurridos y pagados por el solicitante | Cantidad pagada por el solicitante | Frecuencia de pago |
| Otro | otros gastos médicos incurridos y pagados por el solicitante | Cantidad pagada por el solicitante | Frecuencia de pago |

| Información de salud/social | |
|--|--|
| Diagnóstico (s) | Escriba el diagnóstico (s) del solicitante |
| Número y teléfono del médico | Nombre y número de teléfono del médico del solicitante |
| ¿Tiene el solicitante dificultades para tomar decisiones? | Seleccione Si, No o Se desconoce |
| ¿Tiene el solicitante dificultades de memoria a corto plazo? | Seleccione Si, No o Se desconoce |
| Otras necesidades de atención | Anote cualquier necesidad de atención que el solicitante tenga que sea necesaria para la revisión de la solicitud. |
| Servicio que recibe actualmente (hospicio, salud en el hogar, etc) | Anotar todos los servicios que el solicitante esta recibiendo actualmente |
| ¿Necesita el solicitante ayuda con cualquiera de los siguientes asuntos? | Marcar todos los que aplican |
| Utiliza el solicitante alguno de los siguientes equipos | Marcar todos los que aplican |

| Necesidades del Servicio | |
|--|--------------------------------|
| ¿El solicitante necesita alguno de los siguientes servicios? | Marque todo lo que corresponda |

Firma y afirmación

Revise el texto que explica el proceso de solicitud, los requisitos y el consentimiento para la solicitud. Si está de acuerdo, firme la parte inferior de la página 5, y si hay un representante autorizado que ayuda al solicitante, indíquelo en la segunda línea después de la firma. Se requiere comprobante de tutela, poder notarial o cualquier otro comprobante del representante en el momento de la solicitud.

Una vez que Community Based Care (CBC) Department of ADSD reciba la solicitud, se revisará y será contactado por teléfono o por correo con la decisión o los próximos pasos del proceso.